



# Formulario de inscripción/cambio de beneficios



Empleado	Nombre de pila:	Inicial:	Apellido(s):		Número de Seguro Social:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	Dirección:	Apt./Ste.	Ciudad:		Estado:	Código Postal:	
	Fecha de nacimiento:	Fecha de Contratación	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a		Número de teléfono:	Correo Electrónico:	
Inscripción	Tipo de inscripción:	<input type="checkbox"/> Nueva inscripción	<input type="checkbox"/> Inscripción abierta	<input type="checkbox"/> Evento clasificatorio	<input type="checkbox"/> Rechazar cobertura ( <i>Ver la sección de rechazar cobertura</i> )		
	Tipo de evento de calificación: (si es aplicable)	<input type="checkbox"/> Matrimonio		<input type="checkbox"/> Nacimiento		<input type="checkbox"/> Muerte de dependiente	
		<input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura		<input type="checkbox"/> Divorcio		<input type="checkbox"/> Cambiar nombre / dirección	
		<input type="checkbox"/> Elegible para Medicare		<input type="checkbox"/> Pérdida/ganancia de elegibilidad para Medicaid/CHIP			
Médico	Elección de plan medico:	<input type="checkbox"/> Plan MEC mejorado (MEC+)		<input type="checkbox"/> Rechazar cobertura ( <i>Ver la sección de rechazar cobertura</i> )			
	Cobertura del plan medico:	<input type="checkbox"/> Sólo empleado/a	<input type="checkbox"/> Empleado/a + Cónyuge	<input type="checkbox"/> Empleado/a + Hijo(s)		<input type="checkbox"/> Familia	
Dependiente	Nombre Completo	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Relación	Género: (M/F)	Discapacitado (S/N)	Incluir en el plan medico (S/N)
Rechazar cobertura	<input type="checkbox"/> Entiendo que los beneficios proporcionados por el Contrato de Seguro de Grupo bajo las regulaciones de ERISA incluyen coberturas de Salud. He revisado y entendido las opciones de beneficios y los requisitos presentados aquí. Entiendo que no puedo ser elegible para inscribirme a mí mismo ya los dependientes si deseo solicitar la cobertura en una fecha posterior, a menos que califique para inscribirme en una fecha posterior de acuerdo con las condiciones especiales de inscripción.						
Otra Información de seguro	<input type="checkbox"/> No tengo otra cobertura de seguro		<input type="checkbox"/> Me he inscrito a través del mercado estatal o federal				
	<input type="checkbox"/> Tengo otra cobertura de seguro		<input type="checkbox"/> Tengo otra cobertura de seguro, pero tengo la intención de cancelar esa cobertura				
	Nombre del Asegurado:			Fecha de nacimiento del asegurado:			
	Insurance Co. Nombre:			Insurance Co. Dirección:			
	Número de póliza:			Número de grupo:			
Nombres de los individuos cubiertos:							
Autorización del empleado	<input type="checkbox"/> Entiendo que tengo la opción de pagar las primas de mi plan de salud patrocinado por el empleador mediante una reducción antes de impuestos de mi salario. Entiendo que si esta cantidad aumenta o disminuye durante el año del plan, mi reducción salarial se ajustará para reflejar ese aumento o disminución. Por la presente, solicito la cobertura para la cual estoy ahora o puede ser elegible bajo esta póliza de grupo. Por la presente autorizo la deducción de mis ingresos de la contribución requerida, si la hay, para el costo de dicha cobertura. Autorizo el pago de beneficios médicos a todos los proveedores, cuando corresponda, para los cargos cubiertos por mis beneficios de seguro de grupo. Autorizo a HealthEZ o de cualquier información médica incluyendo copias de los expedientes médicos o información de seguro como sea necesario para la adjudicación de reclamaciones, revisión de utilización o coordinación de beneficios.						
<input type="checkbox"/> A mi leal saber y entender, la información que he proporcionado en este formulario es completa y correcta. Reconozco que los términos de la Descripción Resumen del Plan gobiernan todos los pagos realizados por los Planes.							

Firma del empleado

Fecha